

韓國醫療保險制度的 改革必要성과 네덜란드의 經驗이 주는 敎訓

權 純 源
鮮 于 惠

韓國의 醫療保險制度는 日本制度를 거울삼아 서둘러 通用對象者를 확대하여 1989년 全國民醫療保險을 달성하였으나 制度의 效率的 運營을 위한 장치가 결여되어 있고 職場, 公教, 地域醫保間에 衡平問題가 제기되는 등 구조적인 과제를 안고 있다. 앞으로 制度의 改革推進 노력으로 이 분야의 政策樹立과 執行에 있어서 경직성을 줄이고 費用效果的인 醫療利用을 도모해 나가지 못할 경우 浪費要因이 점점 더 크게 불어나 國民醫療費가 계속적으로 급속히 증대될 전망이다. 이와 같은 制度의 質的改善의 필요성에 비추어 최근 네덜란드가 시도하고 있는 制度改革은 우리에게 여러가지 귀중한 敎훈을 던져주고 있다고 판단된다. 네덜란드의 개혁안은 市場競爭原理를 폭넓게 수용하여 制度의 能率을 높이고 醫療費를 절감하려는 취지를 담고 있다. 특히 醫保加入者가 保險者를 선택할 수 있고 또한 保險者가 醫療機關을 선택할 수 있도록 關係集團間 相互競爭을 유도함으로써 效率를 증진시켜 나가겠다는 정책방향이 뚜렷히 제시되고 있어 우리의 주목을 끌고 있다.

I. 序 言

1977년 우리나라에 도입된 現代의인 醫療保險制度는 1989년 거의 모든 國民을 가입시킴

으로써 全國民醫療保障을 달성하게 되었다. 그러나 制度導入段階부터 지금까지 충분한 준비와 制度의 未備點을 보완하려는 사려 깊은 노력 없이 日本의 경험을 주로 참조하면서 적용인구의 확대에 치중해 왔기 때문에 效率과 衡平의 兩側面에서 많은 문제점을 지니게 되었다.

한편으로는 醫療供給者들의 유도와 다른 한편으로는 우리나라 醫療保險制度 안에 內在하는 誘因의 結果로 不必要한 서비스가 제공되

筆者：權純源：本院 研究委員

鮮于惠：本院 主任研究員

* 本稿를 읽고 유익한 助言을 주신 本院의 左承禧 博士 그리고 文亨杓 博士와 柳一鎬 博士께 감사 드린다.

거나 필요한 良質의 서비스가 제대로 전달되지 못하는 非效率을 보여주고 있다. 職場, 公教 및 地域醫保로 三分된 現行制度는 프로그램간 保險料負擔과 給與側面에서 不公平을 야기하고 있으며 保險者가 醫療機關과의 效果的인 協商을 통하여 가입자의 이익을 대변해 주는 역할도 미미한 정도에 그치고 있다.

保險者가 제기능을 담당하고 있고 酬價體系가 제대로 정립되어 있다면 의료공급자는 經營合理化를 기하여 費用을 절감하고자 최대의 노력을 기울일 것이다. 그러나 아직은 專門經營人이 아닌 醫師가 병원의 경영책임을 맡도록 규정되어 있어 相對價格體系의 합리적 개선을 위해 필수적으로 요청되는 病院 등 의료기관 會計處理方式의 표준화가 되어 있지 않고 特診이나 檢査, 藥品 등을 정도 이상으로 부과하여 收入極大化를 도모할 뿐 費用節約을 위한 합리적인 접근이 결여된 실정이다.

또한 政策當局은 社會保障制度를 구성하는 주요부문제도의 하나로서 醫療保險制度를 어떠한 방향으로 발전시켜 나가겠다는 비전과 長期構想이 없는 가운데 그때그때 필요한 내용을 日本制度에서 빌려쓰고 있다는 인상을 주고 있다. 따라서 社會保險의 原理에 입각하여 制度에 신축성을 부여하고 국민건강수준을 전반적으로 향상시키기 위한 목적에 치중하여 公平性이나 費用效果性을 도모하면서 醫療保險制度의 質的改善을 추구해 나가야 할 것이다.

이러한 관점에서 최근 네덜란드가 보여주고 있는 醫療保險制度의 改革推進은 다른 유럽 각국들로 하여금 관심을 끌게 하고 있을 뿐만 아니라 制度의 質的인 측면에서 많은 문제를

안고 있는 韓國에게도 시사하는 바가 많다고 판단된다. 특히 막대한 규모의 政府補助金에도 불구하고 財政狀態가 不安定한 地域醫療保險의 財源調達問題를 비롯하여 現行酬價制度 및 醫療費支拂方式의 특징에 따른 費用助長的인 醫療資源의 비효율적 이용 등 우리나라 醫療保險制度의 개선되어야 할 주요 측면을 중심으로 네덜란드의 醫療保險制度에 대해 검토하고자 한다.

本稿에서는 序言에 이어 II章에서 現行 네덜란드醫療保險制度의 특징적인 면모와 최근의 制度改革案을 토대로 추진되고 있는 개혁작업의 주요내용을 소개하고 그 기대효과를 전망해 보기로 한다. III章에서는 이와 같은 네덜란드의 制度改革이 韓國에 주는 시사점을 부각시킬 것이며, 끝으로 IV章은 要約과 結論이 될 것이다.

II. 네덜란드醫療保險制度의 特徵과 改革推進現況

1. 現行制度의 主要內容

가. 制度生成 및 發達

다른 유럽국가와 마찬가지로 네덜란드의 醫療保險도 길드制度에서 시작되었다. 현행 制度의 근거법은 1966년 1월에 시행되었지만 醫療保險制度의 母體는 길드會員간 相互扶助의 취지 아래 醫療費를 공동부담할 목적으로 설립된 醫療費支拂金庫에서 찾아볼 수 있다. 1798년 길드制度가 폐지되었지만 産業革命 이후에도 醫療費支拂金庫는 지속되었으며 그후

노동운동의 확산과 함께 점차적으로 그 대상이 전국민으로까지 확대되게 되었다.

그러나 근대적 제도는 現金給與를 규정한 疾病給與法(Sickness Benefit Act)에 근거, 1913년부터 시작되었는데 이때는 일부 노동자만을 대상으로 하였다. 자율적인 任意加入方式으로 운영되었던 당시의 의료보험제도는 독일 점령하에서 1941년 전체 피용자를 대상으로 하는 強制加入制度로 발전하였다. 그 후 1941~65년 시기에 強制醫療保險은 급여의 확대와 非被傭者까지 적용하는 제도로 발전하였는데 이 기간중 1947년 年金法에 의한 老齡年金受給者는 強制醫療保險의 적용을 받다가 1957년 老齡年金法으로 대체되었고 그 후 다시 이들 노인만을 별도의 적용대상으로 하는 強制保險(老人保險)이 설립되게 되었다. 결국 1941년에 개정된 疾病給與法이 1964년에 醫療保險法(Health Insurance Act)으로 개정되고 1966년 1월부터 시행되면서 전국민을 적용 대상으로 하는 현행제도의 근거가 되었다.

그러나 1986년 4월 1일부터는 제도개혁의 첫단계로 老人保險과 自發的保險(自營者保險)을 폐지하였는데 이들 중 老人保險加入者는 강제보험을 위한 一般制度(法定保險)로 흡수되면서 그 범위를 각종 社會保障給與受給者로 확대하였고 반면 自發的保險加入者는 民間保險으로 전환되어 현재에 이르고 있다.

현행 네덜란드 醫療保險制度의 형식은 한마디로 혼합형이라 할 수 있다. 왜냐하면 給與體系面에서는 公共資源에 의존하는 NHS(National Health Service)와 社會保險形式의 NHI(National Health Insurance)방식이 섞여 있으며, 制度類型面에서 보면 독일의 社會保險方式과 미국의 民間保險方式이 혼재해

있기 때문이다.

나. 加入對象 및 管理方式

네덜란드의 醫療保險制度는 二元的으로 운영되고 있는데 加入對象側面에서 볼 때 전국민을 적용범위로 하되 일정소득(1989년의 경우 연간 50,150길더) 이상의 고소득자를 法定保險에서 제외시켜 民間保險에 가입케 하고 있다. 따라서 현행 法定保險의 加入對象은 일정소득 이하의 被傭者, 그리고 失業給與, 廢疾年金 및 給與 등 각종 社會保障給與受給者, 公務員·警察職員이며 그 이외의 高所得者나 自營者는 임의적으로 民間保險에 가입하도록 규정되어 있다.

그런데 이러한 加入對象者의 구분은 1986년 이후 개선된 방식으로서 그 이전까지만 해도 法定保險制度는 加入者의 특성에 따라 별도의 프로그램을 설정하여 복잡한 양상을 띠고 있었다. 즉 일정소득 이하의 被傭者는 強制保險, 65세이상 老人階層은 老人保險(임의제도), 自營者는 強制適用方式의 별도 保險加入者로 각각 구분되었었다. 최근 들어서 保健醫療部門에 대한 政府役割의 일부를 민간부문에 이양시키려는 대책의 일환으로 所得上限線의 인하조치와 더불어 老人保險 및 自營者保險이 폐지되면서 法定保險加入者가 크게 축소되었다. 현재 法定保險加入率은 전국민의 약 60%로 나타나고 있는데 나머지 40%의 인구는 民間保險에 가입하도록 조치되고 있다. 이와 같은 比率은 서독의 民間保險加入率이 전국민의 10% 내외 정도인 점을 감안하면 상당히 높은 수준이며 또한 서독이 自營者라 하더라도 일정소득 이하의 경우에는 法定保險에 강제가입시키고 있는 반면에 네덜란드에서는 소

득수준에 관계없이 모두 民間保險에 임의가입케 하고 있다. 따라서 네덜란드 醫保制度에서는 勤勞者階層과 自營者階層이 분명히 구분되어 前者를 위해서는 法定醫保가, 後者를 위해서는 民間醫保가 保險者가 되고 있는 것이다.

그런데 長期入院診療에 따른 치료비보상을 목적으로 제정된 特別醫療費報償制度는 法定保險加入者이든 民間保險加入者이든 네덜란드 국내에 거주하는 주민이면 모두 적용받게 하고 있다. 이를테면 短期入院診療나 外來診療 서비스의 비용에 대해서는 고소득층의 경우 法定醫保를 통하여 국가에서 보호해 줄 필요가 없다는 점을 분명히 한 반면에 가난하거나 부유하거나간에 누구나 經濟的으로 상당한 부담을 결과적으로 안게 되어 民間保險의 대상이 되기 어려운 高額診療費는 전국민이 공동으로 대처하여 危險負擔을 더욱 크게 分散시켜 나가야 한다는 기본입장을 명시적으로 보여주고 있다.

한편 管理運營方式은 일종의 組合主義로 法定保險加入者는 거주지역별로 조직된 40개 醫保金庫 중 하나에 가입해야 하고, 民間保險加入者는 70여개의 民間醫療保險會社 중 하나를 선택하여 가입하여야 한다. 다만 船員이나 公務員 등은 별도로 조직된 하나의 醫保金庫에 의해 관리운영되고 있다. 또한 이들 개별적인 醫保金庫는 中央醫保金庫(Central Fund)에 소속되어 있으며 醫療保險制度에 대한 정부의 자문기관으로 醫保金庫協議會가 있다. 同 協議會는 民間保險 및 公務員金庫를 포함한 醫保金庫代表, 使用者代表, 被傭者代表, 醫療供給者代表, 政府任命者 등 각 부문별로 7명씩 모두 35명으로 구성되어 있으며 각 醫保金庫를 지도·감독하고 각종 정책을 정부에 건의

하는 역할을 담당하고 있다.

대체적으로 네덜란드의 醫療保險制度는 組合自律主義方式으로 운영되고 있어 規制 혹은 指導·監督을 위한 政府의 역할이 우리나라나 일본의 경우보다 상대적으로 약한 편이다. 한편 法定醫保金庫當 加入者數는 대략 10萬~60萬명에 이르고 있어 서독이나 일본은 물론 우리나라의 地域保險組合(組合當 4萬~5萬명 수준)의 경우에 비해 상당히 큰 광역화된 조합 규모를 보여주고 있다.

다. 給與水準 및 節次

네덜란드의 醫保給與 역시 診療費의 규모에 따라 二元的으로 운영되고 있다. 그 하나가 外來診療費와 단기간의 入院診療費에 대한 급여로서 醫保金庫 및 民間保險에서 지불된다. 給與水準은 法定醫保나 民間醫保나에 따라 달리 적용된다. 法定保險加入者에게는 진료비의 100%를 급여해 주고 있으며 치과의 보철비용 등 일부 診療서비스를 제외하고는 本人一部負擔金이 없다. 반면 民間醫保加入者에 대한 급여는 給與範圍, 水準 등이 保險契約內容에 따라 차등이 있는데 일반적으로 대부분의 入院費, 專門醫 診療費 등을 給與對象으로 하고 있으며 일부 本人負擔金을 제외한 外來診療費가 상환되고 있다. 그러나 給與期間은 法定醫保와 民間醫保에서 모두 365일로 동일하게 책정되어 있다.

또 하나의 給與는 365일 이상을 초과하는 장기간의 入院診療費에 대한 급여로서 特別醫療費報償制度에서 실시하고 있는데 장기적인 일반병원의 입원을 비롯하여 「너싱홈」, 精薄者施設 및 기타 신체장애자 치료시설, 각종 낮病棟센터(day care center)의 수용치료에

다른 비용에 대하여 급여해 주고 있다. 다만 최근에 와서 「너싱홈」 서비스 및 정신질환 등 장기성 진료라 하더라도 外來診療에 한해서는 一般醫保金庫에서 급여가 제공되도록 변경되었다.

한편 네덜란드의 醫療傳達體系는 잘 정착되고 있는데 모든 피보험자는 일차적으로 一般開業醫에게 진료를 받으며 이후 一般開業醫의 診療依賴書를 지참해야만 專門醫診療 및 入院診療를 받을 수 있다. 依賴書를 지닌 환자는 專門醫나 병원을 선택할 수 있고 진료종료 후에는 최초의 一般醫에게 송치되도록 조치되고 있다. 또한 약국의 약제에 대한 급여는 醫師의 처방전이 있어야 받을 수 있다. 네덜란드의 진료체계는 一般醫診療, 專門醫의 外來診療, 入院診療의 3층구조로 형성되어 있는데 최근에 들어와서 一般醫로부터의 診療依賴件數나 入院件數가 급증하는 추세에 있어 國民醫療費 증가요인의 하나로 지적되고 있다¹⁾.

라. 診療報酬 算定方式 및 支拂體系

네덜란드의 診療報酬 算定方式을 보면 診療行爲別酬價制와 人頭制로 이루어져 있음을 알 수 있다. 이들 診療酬價는 일본이나 우리나라와 같이 政府가 결정하는 것이 아니라 이해당사자인 醫保金庫(또는 民間保險者)와 醫療供給者(또는 病院)간의 협의에 의해 결정되며 정부는 단지 이를 조정·수용하는 입장에 있다. 그러나 診療報酬의 인상은 양자간 협의에 의해 결정하되 중앙정부 고위공무원의 給與上

昇率과 일반 物價上昇率을 고려하도록 규정되고 있다.

일반적으로 一般開業醫의 진료보수는 保險加入者의 유형에 따라 두가지 방식으로 산정된다. 法定保險加入者에 대해서는 할당된 환자수의 범위내에서 보수가 산정되는 人頭制方式을 적용하고 있는데 평균적으로 一般開業醫 1인당 할당된 환자수는 2,600명선이다. 반면 民間保險加入者에 대해서는 진료보수가 專門醫의 보수산정과 동일하게 診療行爲別酬價制에 의해서 결정되고 있다. 그러나 같은 診療行爲別酬價制가 적용된다 하더라도 法定 및 民間保險加入者에게 적용되는 診療酬價表는 각각 다르게 책정되어 있다. 法定保險加入者에게 적용되는 醫保金庫酬價表는 診療行爲別酬價와 專門醫가 제공하는 入院診療에 대하여 일종의 단기간의 人頭制形式으로 月單位로 책정된 일정금액을 포함하고 있다. 民間保險加入者에게 적용되는 民間保險酬價表는 순수한 診療行爲別酬價制度로 각 진료행위별로 책정된 수가를 합산하는 형식을 취하고 있다. 또한 病院入院에 대한 진료보수는 환자의 入院日當 一定額으로 산정되고 있으나 1983년 당시의 제도개선으로 前年度 진료비를 토대로 하여 당해연도 病院支出을 산정하는 病院豫算制(Hospital Budgeting System)를 도입하고 있어 병원진료비의 증가를 억제하는 데 기여하고 있다고 평가된다.

그런데 네덜란드醫保制度의 특징의 하나로 꼽을 수 있는 점으로는 의사소득에 대한 정부의 강력한 통제를 들 수 있겠다. 診療行爲別酬價制는 의사가 제공하는 진료서비스의 양에 따라 의사소득을 증가시키게 되는데 소득증가를 위해 의사들이 불필요한 서비스를 제공하

1) Jacques van der Gaag et al., "The Netherlands", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 1990 참조.

여 과잉진료행위가 조장되는 경향이 있기 때문에 이를 제어할 필요가 있는 것이다. 과잉진료를 억제하는 간접적인 대책으로 네덜란드는 醫師의 진료수입에 대한 逆進制度(regressive system)를 실시하고 있다. 이는 醫保金庫가 專門醫에게 진료한 환자에 대한 연간진료비를 지불한 뒤 年末 精算時에 專門醫의 標準所得(norm income)과 비교하여 필요한 조정을 시행하는 제도이다. 만일 어떤 專門醫의 소득이 標準所得을 초과할 경우 다음과 같은 기준에 의해 조정된다. 標準所得을 초과한 첫 30,000길더까지의 소득에 대해서는 초과소득의 1/3을 징수하고, 30,000길더 이상의 초과소득에 대해서는 2/3를 징수함으로써 궁극적으로 專門醫의 소득이 진료서비스의 양에 따라 비례적으로 증가하지 못하도록 통제하고 있다.

이와 같은 診療報酬體系로 인하여 1980년 이후 一般開業醫 및 專門醫 診療酬價의 증가율은 [附圖 1]에서 보는 바와 같이 일반 消費者物價指數의 증가율을 훨씬 밑돌고 있음을 알 수 있다. 특히 專門醫의 진료수가는 1986년의 경우 1980년에 비해 11.7%나 하락하고 있어 주목을 끌고 있다. 의사소득이나 의사 1인당 平均診療費도 70년대 後半期에 비하여 1980~86년 기간중 그 증가율이 크게 감소한 것으로 나타났는데 결국 네덜란드는 醫療費算定 및 支拂方式의 개선으로 1인당 의료비의 價格上昇要因을 억제하는 데 상당한 효과를 보여주었다고 분석된다(附表 1 참조).

마. 財源調達 및 醫療水準

네덜란드 法定醫療保險의 財源은 勞使가 각 출하는 保險料로 조성되는데 국고로부터의 補

助金은 없다. 일반적으로 保險料算定基準은 勤勞所得이나 社會保障給與所得이 기준이 되는데 소득수준이 낮은 被傭者의 경우 별도의 標準所得額을 기준으로 하되 아래에서 설명하는 바와 같이 피보험자의 定額負擔金을 면제하여 주고 있다.

이를 구체적으로 살펴보면 1989년부터 종전의 完全所得比例의 保險料負擔方式에서 保險料의 일부를 定額制에 의해 부담하는 방식으로 변경하였으며 勞使負擔率에 있어서도 사용자가 被傭者보다 약간 더 많이 부담하는 방식으로 변경하였다. 定額負擔金은 1989년의 경우 被保險者 1인당 연간 156길더에 달하고 있는데 子女가 있는 경우 子女 1인당 연간 78길더의 保險料가 추가된다. 그러나 特別醫療費報償制度를 위한 被保險者 保險料는 使用者가 전액 부담하고 있다. 그런데 65세이상 老齡人口와 早期退職者의 경우 使用者가 없기 때문에 특별방식으로 보험료가 부과되는데 일반가입자에 비하여 減額保險料率(1.9%)이 적용되며 또한 所得上限線도 피용자와의 그것에 비하여 연간 42,160길더로 낮게 책정되어 있다. 한편 民間醫保의 財源은 被保險者의 保險料만으로 충당(서독의 경우 勞使가 공동부담)되고 있다.

한편 재미있는 규정의 하나로서 이와 같은 醫療保險制度의 保險料賦課方式에 반대하는 사람에 대해서는 보험료가 면제된다. 그러나 사용자의 경우에는 保險料에 상응하는 特別所得稅를 납부해야 하는데, 保險料의 사용자부담분은 국가가 부담하게 된다. 또한 피용자의 경우에는 特別所得稅를 부과하지 않는 대신 保險給與權을 박탈하고 있다.

國庫補助는 既存老人保險加入者에 대한 보

〈表 1〉 西歐 主要國의 醫療費支出率¹⁾

(단위 : %)

	1975	1980	1985	1987
네덜란드	7.7	8.2	8.3	8.5
벨기에	5.8	6.6	7.2	7.2
덴마크	6.5	6.8	6.2	6.0
프랑스	6.8	7.6	8.6	8.6
서독	7.8	7.9	8.2	8.2
이탈리아	5.8	6.8	6.7	6.9
스웨덴	8.0	9.5	9.4	9.0
영국	5.5	5.8	6.0	6.1

註: 1) 對 GDP比率임.

資料: OECD, *Health Care Systems in Transition*, 1990.

조금지급과 장기입원진료비에 대한 보상제도의 特別醫療費報償制度에 일부 보조하는 데 그치고 있다. 종전에는 老人保險의 경우 老人加入者의 保險料(전체비용의 25%)와 中央金庫의 負擔金(25%)을 제외한 나머지 부분(50%)을 정부에서 보조한 바 있었다.

네덜란드의 醫療費支出 동향을 〈表 1〉에서 보면 다른 유럽국가들과 비교하여 상대적으로 높은 수준에 있음을 알 수 있다. GDP對比 醫療費支出의 비중이 1975년의 7.7%에서 1980년 8.2%, 그리고 1987년 8.5%로 증가하였는데 주로 70년대 후반기에 크게 증대된 것으로 나타났다. 주요 증가요인으로 外來서비스 및 入院서비스費用의 증가가 지적되고 있다. 法定醫保加入者 1인당 지출액을 기준으로 살펴보면 특히 入院診療費用의 증가율이 높게 나타나 1985년의 경우 전체 法定保險支出額의 44.4%를 차지하고 있다(附表 2 참조).

특히 이러한 醫療費增加趨勢는 1970년대 초반부터 두드러지게 부각되었기 때문에 네덜란드정부는 1976년 이후 각종 醫療費增加抑制對策을 강구하게 되었다. 주요대책으로는 病院

病床增設의 억제, 本人負擔額의 인상, 病院에 비하여 상대적으로 비용이 저렴한 長期療養施設(「너싱홈」 등)의 확충, 豫防保健醫療의 증시, 醫師數增加의 억제 등이 추진되고 있어 醫療資源의 절약과 저렴한 費用서비스提供의 확대에 중점을 두고 있다.

2. 制度改革案의 主要骨子

가. 制度改善의 背景과 沿革

1980년대에 접어들면서 西歐諸國의 醫療保障體系에 變革이 서서히 나타나고 있다. 유럽의 선진각국들은 1960년대와 1970년대초까지 지속된 經濟成長에 힘입어 醫療保險制度를 포함한 각종 社會保障給與를 경쟁적으로 크게 확대해 왔는데 그 결과 給與規模가 지나칠 정도로 불어나게 되었다. 그러나 1970년대 중반 및 말기에 전세계적으로 불어닥친 두 차례의 석유파동으로 인한 經濟不況으로 선진각국들은 경기침체를 겪었고 그 이후 상대적으로 낮은 經濟成長率을 기록하게 되어, 확대된 社會保障給與에 비하여 정부 및 가계의 負擔能力이 약화되기에 이르렀다.

특히 대부분의 국가에서 國民醫療費가 GNP 성장률보다 훨씬 빠른 속도로 증가하여 선진각국들은 이를 적정수준으로 유지하고자 각종 醫療費節減對策을 강구하고 있음을 본다. 그 중에서도 급여수준의 점진적 축소 및 本人負擔金의 인상, 診療費支拂制度의 변경, 醫療資源의 공급억제 등 醫療保險制度의 개선으로 醫療供給者 및 消費者로 하여금 費用意識的이 될 수 있는 방안을 모색중에 있다. 특히할 만한 動向으로는 醫療保障制度에 대한

정부의 역할을 축소시키는 대신 민간부문의 비중을 높여 效率을 증대시키기 위한 民營化 作業이 추진중에 있다는 점을 들 수 있다.

유럽각국들은 1970년대 후반 이후 심각한 醫療費 膨脹現象을 경험하게 되었고 國民醫療費의 安定的 制御가 주요정책이슈로 대두되고 있다. 따라서 정책방향은 병원진료비의 증가를 억제하는 한편 醫療供給者의 所得, 診療酬價, 醫療施設 등의 통제에 초점이 맞추어지고 있다. 이와 관련하여 醫療保險을 비롯한 保健醫療體系의 근본적인 개혁을 추진함으로써 효율을 증진시키고자 保健醫療分野에서도 市場메커니즘에의 의존도를 강화하려는 움직임을 보여주고 있다.

특히 네덜란드의 경우 市場메커니즘의 도입을 강력하게 추진하고 있는데 이는 保健醫療의 財源調達이나 醫療保險制度의 運營方式에 대한 근본적인 개혁을 의미한다고 볼 수 있다. 한정된 保健醫療資源의 효과적 활용을 위해 최근 수년간 네덜란드에서는 地方政府와 個別 醫療保險金庫(우리나라의 醫保組合에 해당하며 이하에서는 醫保金庫로 略할 것임)가 참여하여 각종 시범사업을 실시한 바 있고 醫療保險制度의 改革案을 수립코자 Dekker교수를 위원장으로 하는 醫療保險改革委員會를 설립하기에 이르렀다. 同 委員會는 1987년 3월 「改革勸告案」(Willingness to Change)을 발표하게 되었고, 네덜란드정부는 이 시안을 토대로 여러 차례의 세미나, 공청회 등을 거친 후 최종적으로 1989~92년의 4개년에 걸쳐서 改革案의 수립을 推進할 것인바 衡平은 상당한 정도로 달성되었다고 판단하고 效率을 높이고자 公共部門의 역할을 줄이는 대신 民間醫療保險의 참여를 활성화하여 기존 醫療保險制度

를 전면적으로 수정하는 데 改革의 기본방향을 두고 있다.

나. 改革의 必要性

네덜란드의 保健醫療費支出은 1950년대 이후 그 증가율이 지속적으로 GNP成長率을 상회하고 있다. 특히 1人當 實質 GNP와 1人當 實質保健醫療費의 增加率을 서로 비교해 볼 때 전자는 1981년 이후 수년간 계속 감소하고 있는 반면 후자는 비교적 높은 수준으로 증가하고 있어 결국 家計와 企業뿐만 아니라 政府의 財政負擔을 무겁게 하고 있는 실정이다(附表 3 참조). 따라서 네덜란드 정부에서는 保健醫療費增加의 억제를 통해서 民間 및 政府 財政의 부담을 줄이는 데 초점을 두고 保健醫療費의 대부분을 차지하는 醫療保險支出額을 안정시키고자 制度自體를 근본적으로 개혁하려고 시도하고 있는 것이다. 구체적으로 改革을 추진하게 된 現行 保健醫療體系의 구조적인 문제점을 열거해 보면 다음과 같다.

첫째, 現行 保健醫療의 財源調達과 관련하여 相互連繫性이 缺如된 점을 들 수 있다. 즉 一般開業醫 및 단기 病院入院의 진료비는 法定保險金庫 및 民間保險에서, 在宅醫療(home care), 「너싱홈케어」 및 장기입원의 진료비는 별도의 特別醫療費報償制度에서 지출되고 있으며, 또한 질병과 관련한 각종 社會福祉서비스 프로그램 중 家庭支援프로그램은 中央政府 財政 및 개인부담금으로, 社會事業프로그램은 市財政 및 개인부담금으로, 老人居宅保護는 中央政府 財政에서 대부분 承擔되는 등 保健醫療서비스와 社會福祉서비스의 財源조달에 있어서 상호연계성이 결여되어 治療의 費用效果性에 대한 통제와 서비스간 상호대체성을 저

해하고 있다.

두번째는, 현행 保健醫療體系內에 효율성을 증진시키려는 유인이 결여되어 있다는 점이 지적된다. 다시 말하면 醫療供給者, 消費者, 保險者간 費用支出에 있어서 경제적이고 효율적이지 못한 행태를 보임으로써 결국 醫保財政이 불안정해지고 있는바 그 주요 요인을 열거해 보면 다음과 같다.

- 入院助長的인 병원진료비의 보상체계
- 값비싼 진료를 과잉진료케 하는 현행 診療行爲別 酬價策定方式
- 환자관리보다는 專門醫에게 의뢰를 조장하는 人頭制에 근거를 두고 있는 一般開業醫에 대한 진료보수지불
- 진료비전액에 대해 급여를 제공해 줌으로써 나타나는 消費者의 費用意識的이지 못한 의료행태
- 개별 醫保金庫의 경영합리화 노력에 의한 支出減少努力보다는 단순히 支出額만큼 中央醫保金庫로부터 지급받는 현행 醫保金庫에 대한 진료비의 보상방식
- 法定醫保 및 民間醫保의 적용을 받는 보험가입자간 保險料負擔의 불공평성

세번째는, 醫療價格 및 醫療資源管理에 대해 비효율적이면서도 지나치게 세분화된 政府의 각종 規制策을 들 수 있다.

마지막으로, 현행 醫療保險制度가 지니고 있는 구조적 문제점을 들 수 있는데 주로 加入者間 不公平性에 기인하는 문제로 요약된다. 구체적으로 民間保險에 가입할 수 있는 高所得者는 급여수준 및 내용이 다른 여러가지 형태의 民間保險을 놓고 완전히 자유로이 선택할 수 있는 반면 法定保險加入者에게는 이와 같은 選擇權이 배제되어 있어 醫保加入

者들이 계층화됨으로써 형평의 문제가 제기되는 것이다.

이와 같이 현행 保健醫療體系가 지니고 있는 구조적인 문제점 이외에도 급속한 醫療技術의 발달, 人口의 노령화, 건강문제에 대한 국민의식변화 등이 복합적으로 작용하면서 醫療需要를 급증시키고 있어 이와 같은 추세가 제도개혁의 근본적인 계기를 제공하게 되었다.

다. 基本原理 및 制度模型

네덜란드정부의 개혁안이 추구하고 있는 새로운 保健醫療體系는 이미 살펴본 현행 保健醫療體系의 문제점을 해결하는 데 그 기본방향이 놓여지고 있다. 첫째, 保健醫療 및 社會福祉서비스의 相互連繫性을 유지하고, 둘째 醫療供給者, 消費者 및 保險者는 상호간 협조를 통해 치료의 效率性과 代替性을 제고시키고, 셋째 강력한 政府規制方式에서 탈피하여 점진적으로 市場競爭을 유도하고 자율적인 규제방식으로 전환시키는 노력이 주요내용으로 열거된다. 그리고 정부의 역할은 주로 良質의 진료서비스를 제공하고 진료서비스에 대한 접근을 쉽게 하며 국민요구의 변화에 따른 충분한 진료의 제공, 保健醫療費節減對策의 강구 등 주로 行政管理的 측면에서의 규제와 조정을 담당하게 된다.

따라서 네덜란드정부는 이와 같은 개혁을 추진하기 위해 두가지의 制度模型을 제시하고 있는바 基礎保險(basic insurance)과 規制가 상당폭으로 줄어든 市場競爭體制의 도입이 그것이다. 基礎保險模型은 [圖 1]에서 현행 醫保體系와 비교하여 볼 때 훨씬 간편한 것임을 알 수 있다. 현행 法定 및 民間醫保의 二元體

[圖 1] 네덜란드 醫療保險制度的 改革模型

<現行制度>

1. 特別醫療費報償制度
 - 强制加入
 - 너싱홈서비스, 장기입원진료비 등 관장
 - 所得比例保險料方式
2. 醫療保險

<p>A. 法定醫療保險</p> <ul style="list-style-type: none"> • 强制加入 (소득상한선 이하者) • 所得比例保險料 • 短期入院, 一般醫 및 專門醫診療, 醫藥品 등에 대하여 給與 	<p>B. 民間醫療保險</p> <ul style="list-style-type: none"> • 任意加入 (자영자, 소득상한선 이상者) • 定額保險料 • 短期入院, 一般醫 및 專門醫診療, 醫藥品 등에 대하여 給與 	<p>C. 公務員保險</p> <ul style="list-style-type: none"> • 强制加入 (공무원, 경찰 등) • 所得比例保險料 • 短期入院, 一般醫 및 專門醫診療, 醫藥品 등에 대하여 給與
--	---	---
3. 社會福祉서비스
 - 노인, 빈곤가정 등 대상
 - 政府財政 및 本人直接負擔

<改革案>

1. 基礎保險(basic insurance)
 - 强制加入
 - 保健醫療 및 社會福祉서비스비용의 85% 관장
 - 所得比例保險料와 定額保險料의 混合方式
2. 補充保險(complementary insurance)
 - 任意加入
 - 保健醫療 및 社會福祉서비스비용의 15% 관장
 - 定額保險料方式

系를 폐지하고 전국민이 하나의 보험제도에 가입케 하며 特別醫療費報償制度에 의한 의료비를 포함한 포괄적인 급여체제로 재편성하고 社會福祉서비스의 비용도 基礎保險에서 담당

하도록 하는 내용을 담고 있다. 또한 가입자간 보험료부담의 공평성을 도모하기 위하여 保險料의 각출방식을 醫保加入者가 동일하게 부담하는 定額保險料(총보험료의 10~15% 정도 충당)와 소득수준에 비례하는 割增保險料를 혼합하는 방법으로 변경하도록 요청하고 있으며, 보험료징수는 中央醫保金庫에서 담당하도록 조치되고 있다²⁾.

2) 보험료의 一括徵收方式과 個別醫保金庫(保險者)에 대한 費用의 割當體系가 네덜란드制度의 財政運營에 있어 특징적인 점으로 손꼽힌다. 所得比例保險料는 일단 中央醫保金庫에서 일괄 징수

그런데 基礎保險制度에 있어서 가장 중요하면서도 혁신적이라 할 수 있는 내용은 市場競爭原理의 도입에 따른 保險者, 加入者 및 醫療供給者 등 三者間에 있어서 상호 선택권을 부여하고 있다는 점이다. 改革案에 의하면 예컨대 加入者는 保險者를, 保險者는 醫療供給者를 자유로이 선택할 수 있게 된다. 따라서 加入者는 보험료부담이나 급여혜택면에서 자신에게 상대적으로 유리한 保險者를 선택할 것이고 保險者는 가능한 한 최소의 비용으로 최대한의 진료효과를 발휘하는 醫療供給者를 선택하게 될 것이므로 保險者集團間 그리고 醫療供給者集團間에 있어서 상호경쟁을 유도함으로써 제도의 효율성을 극대화시키려고 改革案은 의도하고 있다.

加入者, 保險者 및 醫療供給者間 관계정립을 살펴보면 [圖 2]와 같이 요약될 수 있다. 이와 같이 選擇의 폭을 넓힘으로써 그 자체 效用水準의 증가를 기대할 수 있음은 물론이거니와 경쟁의 분위기 속에서 이해당사자들의 相互牽制를 통하여 浪費를 줄이고 따라서 醫療市場의 效率를 증진시킬 수 있을 것으로 기대된다.

라. 期待效果

保健醫療體系의 개혁으로 네덜란드정부가

한 다음 일정비율에 따라 個別醫保金庫(保險者)로 할당해 주는 방식을 채택하고 있다. 이 경우 각 保險者마다 피보험자집단의 특성(성별, 연령, 건강 등)이 다르게 나타나므로 피보험자 1인당 危險度에 비례하여 일정액을 기준으로 中央醫保金庫가 조정해 주게 된다. 定額保險料는 個別醫保金庫가 직접 각출반도록 변경될 것이므로 피보험자는 定額保險料賦課가 상대적으로 적은 保險者를 선택하게 될 것이다.

기대하고 있는 효과는 매우 크다고 생각된다. 새로운 保險者에 대해서는 기존의 保險者가 단순히 法定保險의 運營者(醫保金庫)나 賠償保險會社(民間保險)의 입장을 벗어나지 못하고 있는데 비하여 醫保加入者와 醫療供給者의 매개자역할을 하면서 被保險者를 대신하여 費用意識의인 의료서비스 구매자의 역할을 담당하도록 요구하고 있다. 각 保險者의 財政收入이 豫算制方式에 기초하여 中央金庫에서 할당

[圖 2] 保險者, 加入者 및 醫療供給者間 關係定立

가. 保險者와 加入者

- 加入者는 保險者를 자유로이 선택
- 保險者는 加入者의 건강상태, 연령, 성별 등의 이유로 가입거절 불가능
- 保險者는 中央醫保金庫로부터 「危險度關聯 保險料 割增額」을 받게 되어 保險者의 逆選擇(adverse selection) 부분적 방지

나. 保險者와 醫療供給者

- 상호간 診療서비스의 제공범위, 診療酬價, 診療의 質을 협의
- 保險者는 良質이면서도 효과적인 진료서비스를 제공하는 의료공급자와 계약함으로써 保險財政 안정화 도모
- 醫療供給者는 保險者의 재정안정화에 도움이 되는 診療서비스를 제공함으로써 더 많은 환자수 확보가능

다. 醫療供給者와 加入者

- 양자간 직접적인 관계보다는 매개자인 保險者를 통한 간접적인 관계 성립
- 양자간의 공동관심사는 醫療의 質
- 加入者는 保險者와 계약한 의료공급자의 진료서비스에 불만족할 경우 다른 保險者 선택 가능
- 정부의 또괄적인 의료정보제공에 힘입어 加入者는 간접적으로 의료공급자 선택 가능

되는 금액으로 충당될 것이므로 診療費支出水準을 일정하게 유지하도록 유도하게 될 것이다. 이것은 곧 가입자의 보험료부담과도 직결되는데 保險者는 기존의 거주지역별 독점조합이 아니라 醫保金庫 상호간 경쟁을 통하여 가입자를 확보하게 될 것이어서 상대적으로 적은 保險料를 부과하거나 더 많은 給與를 제공하는 保險者에게로 가입자가 집중될 것이다. 이러한 보험자간의 경쟁의식은 적정 保險料의 산출, 診療費의 억제, 경영개선의 모색 등 費用節減方案을 각 保險者가 독자적으로 개발하도록 유도케 하며, 궁극적으로는 國民醫療費增加를 적정선에서 유지할 수 있도록 자극을 주게 될 것이다.

한편 醫療供給者는 기존방식대로 保險者와 診療範圍, 診療價格, 診療의 質 등 진료서비스의 주요측면에 대해 협상해야 하지만 환자 확보를 위해서는 가능한 한 많은 保險者와 진료계약을 맺어야 할 것이다. 이를 위해 醫療供給者는 환자에게 저렴하고도 良質의 진료서비스를 제공하려고 경쟁적인 노력을 기울이게 될 것이다. 이와 같이 競爭原理가 자리를 잡아가게 되면 保險者는 保險財政狀態를 안정적으로 유지하고자 할 것이며 醫療供給者는 불

필요한 진료행위를 가능한 한 줄이면서 환자의 부담을 감소시키려고 상당한 노력을 기울일 것이므로 醫療費增加의 억제에 기여하게 될 것이다.

네덜란드정부로서는 醫療市場을 완전히 경쟁상태로 방치해 두는 것이 아니라 전체 保健醫療體系가 바람직한 방향으로 개선될 수 있도록 保險料賦課에서부터 診療報酬의 산정 및 인상에 이르기까지 「가이드라인」만을 설정하는 소위 「規制된 市場競爭」상태로 유도하는 입장에 서게 된다.

일반적으로 價格과 品質간에는 일종의 相衝效果(trade-off)가 있기 때문에 네덜란드에서는 이러한 측면을 고려하여 醫療서비스의 質 하락을 방지하고자 다음과 같은 대책을 강구 중에 있다. 즉, 加入者의 保險者選擇權을 허용하고 保險者가 醫療供給者와 자유롭게 진료계약을 체결하도록 위임하는 이외에도 의료서비스의 質을 관리하는 民間保證機關(Private Institute of Certification)의 설립, 公共機關에 의한 對國民 醫療情報의 제공, HMO (Health Maintenance Organization)와 PPO (Preferred Provider Organization)방식의 도입허용³⁾ 등이 주요수단이라고 할 수 있다.

III. 우리나라 醫療保險制度에 대한 示唆點

1. 우리나라制度和 네덜란드制度的 比較⁴⁾

네덜란드의 醫療保險制度는 다른 유럽국가들과 마찬가지로 勞使間 합의에 의해 生成되

3) HMO와 PPO는 民間保險會社가 아니라 醫療供給者(病院等)가 중심이 되어 조직된 民間醫療保險으로 가입한 주민들로부터 일정액을 선불받는 대가로 이들에게 질병예방을 포함한 종합적인 보건의료서비스를 제공해 주게 되는데, 保險者는 의료기관을 직접 소유하거나 의료기관과 계약을 체결하여 가입자에게 의료서비스를 제공한다. 특히 PPO는 해당근로자를 가입시킨 使用者에게 保險料割引을 허용하는 특징을 지니고 있음.

4) <附表 4>에서 兩國의 主要經濟社會指標가 비교되고 있는데 國土面積이나 人口規模面에서 네덜란드는 우리나라의 1/3 水準을 각각 조금씩 상회하는 상대적으로 小國이나 1988년 現在 1人當

있으며 하나의 疾病金庫로부터 시작하여 그후 점차적으로 가입범위를 확대, 전국민에게 적용시키게 되었다. 그러나 70여년이 넘는 오랜 기간에 걸쳐 그때그때의 社會的 力學關係에 의해 給與가 늘어나고 프로그램이나 기구가 확장되어 왔기 때문에 네덜란드의 醫療保險은 制度의 복잡성, 制度內的 연계성 結여가 문제점으로 부각되었다. 經濟事情이 좋았던 70년대 前半期까지 방만하게 증가되었던 醫療費推移는 그후 經濟成長率이 둔화되면서 國民經濟에 심각한 부담을 안겨주게 되었고 이에 네덜란드정부는 制度改革을 통한 效率增進으로 國民醫療費水準을 안정화시키고자 시도하게 되었다.

그런데 이와 같은 개혁추진노력은 다른 선진각국에서도 찾아보기 힘든 사례이며 네덜란드의 독특한 여건을 반영하여 과감한 改革意志를 실천에 옮기고 있다는 점에서 우리나라의 醫療保險制度改善에 시사하는 바가 많다고 판단된다. 우선 <表 2>에서 양국간의 현행 醫療保險制度의 주요특징을 비교·검토한 후 우리나라가 네덜란드의 경험에서 배울 수 있는 교훈을 추출해 보고자 한다.

양국간 醫療保險의 適用對象 및 管理運營方式을 보면 먼저 전국민을 適用對象으로 하고 있다는 점에서 공통점이 있으나 네덜란드의 경우 일정소득수준 이상인 고소득층은 法定保險이 아닌 民間保險에 가입케 하여 社會保障으로서 醫療保險制度의 支援對象을 제한하고 있는 반면에 우리나라는 소득수준에 관계없이 모든 국민을 法定保險에 가입시키고 있다는

차이점이 드러나고 있다. 또한 양국이 組合主義方式으로 醫療保險을 관리운영하고 있으나 우리나라의 保險者(醫保組合)는 加入者의 특성에 따라 職場, 公教 및 地域組合으로 구분되고 있다. 특히 職場組合의 경우는 기업 및 지구단위별로 결성되어 있는 데 비해 네덜란드는 企業體單位 혹은 加入者의 특성이 아닌 거주지역을 단위로 地域組合만 결성되어 있어서 특정지역내 근로자를 모두 포함시키고 있으며 또한 규모면에서 우리나라의 組合보다도 훨씬 광역화되고 있어 規模의 經濟側面에서 利點이 있다.

給與水準 및 財源調達側面을 보면 우리나라는 진료비에서 점하는 본인부담률이 매우 높은 반면에 네덜란드는 일부 서비스를 제외하고는 진료비의 100%를 保險者가 급여해 주고 있다. 또한 現金給與의 지급수준도 네덜란드가 훨씬 높은 것으로 나타나고 있는데 이러한 높은 給與水準은 결국 그만큼 保險料率이 높다는 것을 의미한다. 保險料負擔水準을 보면 우리나라는 평균소득의 5% 미만에 머물고 있으나 네덜란드는 勞使 합하여 소득의 약 20% (이중 現物給與 부담률은 8.8%)에 달하고 있어 월등히 높은 편임을 알 수 있다.

그런데 兩國 醫療保險制度의 가장 근본적인 차이점은 診療費算定 및 診療節次에서 찾아볼 수 있을 것이다. 우리나라에서는 의사와 병원이 제공하는 모든 서비스에 대하여 行爲別酬價制가 적용되어 診療費가 산정된다. 診療酬價도 정부의 政策變數의 하나로 간주되어 조정되는 경향이 있고 단계별 診療節次가 制度化되어 있다고는 하나 醫療機關간 기능분화가 없다. 더욱이 醫療供給者나 利用者나 費用에 대한 의식이 결여되어 주로 專門醫 중심으로

GNP는 우리나라의 4배, 貿易規模는 2배 가까이 되고 있으며 社會保障寄與金이 中央政府歲入에서 점하는 比率은 40%를 넘어 우리나라의 3.8%와 좋은 대조를 이루고 있음.

〈表 2〉 韓國 및 네덜란드 醫療保險의 主要內容 比較

	韓 國	네 덜 란 드
適用對象	<ul style="list-style-type: none"> • 事業場勤勞者, 公務員, 私立敎職員, 自營者 등 醫療保護者를 제외한 전국민 	<ul style="list-style-type: none"> • 일정소득 이하의 被傭勤勞者, 公務員, 船員 등. 단, 特別醫療費報償制度는 전국민을 대상
(通用率)	(1989 : 90.4%)	(1987 : 61.0%)
財源調達	<ul style="list-style-type: none"> • 被保險者(1989) 事業場勤勞者 : 1.645%(평균) 公務員 : 2.3% 私立敎職員 : 2.3%, 軍人 : 1.7% 年金受給者 : 2.05% 自營者 : 일정액 • 使用者(1989) 企業主 : 1.645%(평균) 學校經營者 : 1.38% 年金公團 : 2.05% 	<ul style="list-style-type: none"> • 被保險者(1987) 被傭勤勞者 : 5.9% (現物給與分 : 4.9% 現金給與分 : 1.0%) • 使用者(1987) 企業主 : 14.80% (現物給與分 : 4.9% 現金給與分 : 5.35% 特別醫療費分 : 4.55%)
保險料	<ul style="list-style-type: none"> • 公務員 등의 保險料負擔, 自營者 保險料 일부 및 管理運營費負擔 	<ul style="list-style-type: none"> • 特別醫療費報償支出 일부, 年金受給者 保險料 일부 負擔
國庫補助	<ul style="list-style-type: none"> • 給與項目에 대하여 入院診療費의 80% 및 外來診療費의 45~70% 급여 	<ul style="list-style-type: none"> • 診療費의 全額 給與(단, 齒科보철 등 일부진료에 한해 本人一部負擔)
保險給與	<ul style="list-style-type: none"> • 6개월 • 診療費, 療養費 : 비지정의료기관의 진료비로 산정 • 分娩手當, 本人負擔報償金 및 葬祭費 : 일정액 	<ul style="list-style-type: none"> • 제한 없음. • 傷病手當 : 소득의 70% (52주간 지급) • 分娩手當 : 소득의 100% (12주간 지급) • 分娩費報償 : 일정액 (10일간 지급) • 葬祭費 : 소득의 100% (3개월)
現物給與	<ul style="list-style-type: none"> • 職場醫療保險組合 (154개) • 公敎醫療保險公團 • 地域醫療保險組合 (254개) 	<ul style="list-style-type: none"> • 地區醫療保險金庫 (40개)
給與期間	<ul style="list-style-type: none"> • 소득수준에 관계없이 전국민 强制加入 	<ul style="list-style-type: none"> • 一定소득이상자 및 自營者는 民間保險에 任意加入
現金給與	<ul style="list-style-type: none"> • 診療報酬方式 : 診療行爲別酬價制(단, 소액진료행위는 定額制) • 非給與項目이 많음. 	<ul style="list-style-type: none"> • 診療報酬方式 : 診療行爲別酬價制, 人頭制 兼용 • 保險料收入 중 일부를 短期障礙給與 財源으로 충당
管理運營	<ul style="list-style-type: none"> • 職場醫療保險組合 (154개) • 公敎醫療保險公團 • 地域醫療保險組合 (254개) 	<ul style="list-style-type: none"> • 地區醫療保險金庫 (40개)
備考	<ul style="list-style-type: none"> • 소득수준에 관계없이 전국민 强制加入 • 診療報酬方式 : 診療行爲別酬價制(단, 소액진료행위는 定額制) • 非給與項目이 많음. 	<ul style="list-style-type: none"> • 一定소득이상자 및 自營者는 民間保險에 任意加入 • 診療報酬方式 : 診療行爲別酬價制, 人頭制 兼용 • 保險料收入 중 일부를 短期障礙給與 財源으로 충당

資料 : 네덜란드는 美國 保健省(HHS)의 *Social Security Programs throughout the World-1987*에서 발췌.

진료가 이루어져 醫療機關의 과다한 檢査指示, 特診이라는 임시변통적인 제도의 존재, 高價裝備의 남용 등 醫療資源이 非效率的으로

이용되면서 醫療費가 急增하고 있다. 반면 네덜란드의 診療費는 保險者와 醫療供給者간의 협의에 의해 산정되며 의료인력간 기능이 잘

분화되어 專門醫는 一般開業醫에게서 의뢰된 환자만을 진료하고 있다. 또한 네덜란드는 최근의 酬價 및 醫療費支拂方式의 개선으로 醫療價格의 上昇率을 안정화시키고 있는데 이는 앞서 설명한 바와 같다.

2. 우리나라 制度에 대한 示唆點

네덜란드 改革案의 초점은 基礎保險 및 市場競爭原理의 도입에 있다. 基礎保險의 채택은 二元化되어 있던 診療費報償體系를 하나로 一元化시키기 위한 방안이고, 市場競爭原理의 활성화는 保險者와 醫療供給者 집단간에 상호 경쟁의식을 고취시켜 가입자에게 저렴하면서도 良質의 醫療서비스를 제공할 수 있도록 유도함으로써 효율성을 극대화시키려는 의도라고 요약할 수 있다.

이와 같은 네덜란드의 制度改革方向은 社會保障으로서 醫療保險의 主體인 加入者를 돕기 위한 것이라고 평가된다. 加入者에게 유리한 조건을 제시하는 醫保金庫를 가입자가 자유로이 선택할 수 있고 保險者는 가입자집단의 이익을 대변하여 醫療서비스供給者를 자유롭게 선택할 수 있을 때 결국 가입자로 하여금 적은 비용으로 가능한 한 많은 급여를 제공받을 수 있도록 보장할 것이기 때문이다. 選擇의 폭이 넓어지는 그 자체만으로도 醫保加入者와 保險者는 醫療供給者가 主導하는 醫療市場에

서 상대적으로 유리한 입장에 서게 될 것이며 醫療部門의 效率이 결과적으로 증진될 때 國民全體에게 혜택을 주게 될 것이므로 바람직한 방향이라고 판단된다.

이러한 관점에서 볼 때 그 歷史가 짧은 탓도 있겠지만 우리나라의 醫療保險制度는 매우 경직적이다. 加入者에게는 醫療傳達體系를 따라 의료공급자를 선택할 수 있는 자유가 제공될 뿐 保險者를 임의로 선택할 수 있는 가능성은 없으며 保險者로서 醫保組合이 항상 가입자의 이익을 증진시키고자 노력한다는 보장도 없기 때문이다. 오히려 우리나라의 保險者는 政策當局으로서의 保健社會部나 정부일반에 의해서 지도·감독을 받으며 수동적인 役割만을 행하고 있는데 이는 組合은 물론 聯合會나 公團責任者에 대한 人事가 정부에 의해 결정되기 때문이다.

우리나라의 경우 法的으로는 民間保險이 허용되고 있으나 극히 제한된 加入者를 대상으로 일부 美國保險會社와 國內生保會社가 癌症保險商品 등을 개발하여 民間醫療保險市場에 참여하고 있을 뿐 거의 움직임이 없는 실정이다. 또한 현행 地域醫保에 대한 政府의 補助方式이 地域의 특성이나 加入者集團의 所得水準, 年齡構成, 醫療利用行態, 醫療機關의 分佈 등을 고려하지 않은 채 획일적인 公式에 의해서 행하여지고 있는 점을 감안할 때 여기에 가입하고 있는 自營者 중에서 원하는 사람들을 대상으로 民間醫保에 가입할 수 있는 길을 터줌으로써 오히려 나머지 가입자에 대하여 더 많은 支援을 할 수 있을 것이므로 社會保障의 원리에 충실할 수 있을 것이며, 아울러 法定醫保에 대하여 신선한 충격을 제공하게 될 것이다⁵⁾.

5) 일부 學者들은 우리나라 醫保의 本人負擔率이 상대적으로 높고 非給與項目이 많다는 점에 착안하여 이 점에서 法定醫保를 보완할 수 있도록 民間保險會社들이 補充保險을 개발하도록 제의하고 있으나 다음 두가지 이유로 타당치 않다고 평가됨. 먼저 네덜란드制度에서도 볼 수 있지만 法定醫保의 主給與對象은 危險이 크고 費用이

〈表 3〉 國民醫療費¹⁾의 推移(1980~88)

(단위 : 10億원)

	1980	1985	1986	1987	1988	增加率 (%) 1985~88
國民醫療費總額	1,454.8	4,407.1	4,921.4	5,810.9	7,055.0	60.1
保健醫療서비스	1,375.1	4,133.9	4,619.2	5,463.5	6,674.7	61.5
個人醫療	1,016.5	3,145.8	3,561.0	4,173.8	4,883.1	55.2
保險醫療	184.2	808.2	821.6	1,000.2	1,308.3	61.9
公衆保健	174.4	179.9	236.6	289.5	483.3	168.6
研究 및 醫療施設投資	79.7	273.2	302.2	348.0	380.3	39.2
研究開發	16.2	44.4	56.3	85.5	102.6	131.1
醫療施設 新·增·改築投資	63.5	228.8	245.9	262.5	277.7	21.4
國民醫療費總額/國民總生産(%)	4.0	5.6	5.4	5.5	5.6	-
保健醫療서비스/國民總生産(%)	3.7	5.3	5.1	5.2	5.3	-

註 : 1) 1980년과 85년 이후 연도간에는 기초가 된 國民所得資料가 1985년 이후 改編되어 직접적인 비교가 어려운 점이 있음.

資料 : 科學技術處, 『科學技術年鑑』, 各年度.

勞動部, 『産災保險事業年報』, 各年度.

醫療保險聯合會, 『醫療保險統計年報』, 各年度.

韓國銀行 『國民計定』, 1990 및 韓國自動車保險(株) 內部資料.

이와 관련하여 네덜란드의 경우 法定醫保는 40개의 地區醫保金庫로 구성되고 있으나 우리나라는 職場이나 公務員 혹은 私立學校敎職員 등 근로자를 제외한 自營者를 중심으로 地域醫保組合이 결성되어 있다. 우리나라의 地域醫保는 막대한 금액의 政府補助金에도 불구하고 赤字를 면치 못하고 있는데 네덜란드가 도입하고 있는 中央醫保金庫에 의한 보험료의 일괄징수방식과 가입자 특성을 감안하여 각

醫保金庫에 비용을 할당해 주는 방식은 오히려 할 만하다고 판단된다.

〈表 3〉에서 볼 수 있는 바와 같이 우리나라의 國民醫療費는 이미 80년대 중반에 GNP의 5.5% 내외에 달하고 있다⁶⁾. 醫療保障 적용인구의 빠른 확대에 따라 醫療利用이 급속하게 늘어나면서 초래된 醫療費의 急增現象은 당분간 계속될 것으로 전망되기 때문에 이에 대한 효과적인 대처방안이 요구되고 있다. 왜냐하면 國民들이 필요로 하는 良質의 醫療서비스를 費用效果的으로 이용하면서 醫療費가 증가하는 경우가 아니기 때문이다. 醫療서비스 전반에 걸쳐 적용되고 있는 行爲別酬價制는 醫療利用者나 供給者 모두에게 費用意識을 심어 주지 못하고 있다. 더욱이 서비스항목간 相對價格의 왜곡정도가 심한데 특히 技術料에 대한 報償水準이 낮고 各種檢査 등 非給與項

많이 드는 질환을 중심으로 하는 것이 社會保險原理에 부합되며 또한 이를 民間保險에 맡겨 놓을 경우 民間保險의 특성상 逆選擇現象이 일어나 상대적으로 건강상태가 좋고 保險料支拂能力이 있는 계층을 선호할 것이기 때문이다.

6) 〈表 1〉에서 소개한 醫療費의 개념으로 對GNP比重을 계산해 보면 이 수치보다 조금 낮은 5.2%로 나타난다. 그런데 1990년을 前後한 시기에 있어서 對GNP 國民醫療費의 比重은 6%를 上廻할 것으로 예측됨.

에 대한 酬價가 상대적으로 높아 의료공급자들은 친절한 설명이나 태도를 보여주는 대신에 검사를 중용하고 特診을 권하며 高價醫療裝備의 사용을 유도하는 현상이 빚어지고 있다. 이미 널리 알려지고 있다시피 有名病院의 病室豫約은 매우 어렵고 外來接見室 앞은 긴 行列이 대기하는 등 暗市場의 증후가 분명히 들어나고 있음에도 불구하고 政策當局은 醫療酬價制度나 醫療費支拂方式의 改善을 통한 근본적인 처방강구를 외면한 채 高價裝備의 도입을 허용하고 特診制度를 존속시키고 있는 실정이다.

네덜란드의 改革案이 등장하게 된 근본원인이 行爲別酬價制 등을 포함한 現行 診療報酬策定方式의 문제점, 財源調達과 給與의 상호연계성 결여에 있었다는 사실을 참조하여 우리나라는 民間保險市場의 개발과 함께 現行 진료보수책정 및 지불방식을 개선해 나감으로써 浪費要因의 제거 또는 완화에 기여할 수 있을 것이다. 이와 관련하여 단기적으로는 포괄수가제의 도입을, 장기적으로는 人頭制 또는 總額契約制 등 先拂制(prospective payment)로의 전환을 적극적으로 검토해 나가야 할 것이다.

IV. 結 言

韓國의 醫療保險制度는 長期的인 비전이나 關聯制度의 改善努力 없이 日本流의 제도를 참고하여 加入人口를 빨리 늘려오는 과정에서 醫療서비스의 이용이 급격하게 불어나게 되어 資源이 非效率的으로 醫療部門으로 몰리는 바

람직하지 못한 현상을 보여주고 있다. 더욱이 職場, 公教 그리고 地域醫保 등으로 三分되어 있는 運營方式은 형평의 문제를 제기하고 있다. 後發한 地域醫保의 財政은 政府의 大規模豫算支援에도 불구하고 不安한 모습을 보여주고 있는 한편 특히 농촌가입자들은 醫療機關의 都市偏在로 의료이용에 어려움을 겪고 있기 때문이다. 또한 保險者로서 組合은 自律的 運營의 장점을 살려나가지 못하고 있으며 가입자의 이익을 대변해 주는 대신 政策當局의 利害關係에 더 많은 관심을 기울이고 있다. 따라서 制度의 근본적 改革 없이는 앞으로 浪費와 不公平要因이 점점 더 누적될 것임은 明若觀火한 일이라고 판단되는바 이와 관련하여 우리는 네덜란드의 制度改革推進過程에서 중요한 몇가지 敎訓을 도출할 수 있을 것이다.

네덜란드의 改革案은 市場競爭原理를 폭넓게 수용하는 기반 위에 근 80년에 걸쳐 쌓아온 복잡한 제도를 단순화시키는 한편 制度의 能率을 높여 醫療費를 절감하겠다는 의지를 담고 있다. 구체적으로 韓國이 참조해야 할 主要改革內容으로서 먼저 직업적 특성이 다른 勤勞者와 自營者그룹을 확연히 구분하되 前者를 法定醫保에 묶어두는 대신 後者를 高所得者들과 같이 民間醫保에 가입시키고 있다는 점이 열거된다. 다음으로 地域에만 근거를 두고 있는 醫保基金 즉 保險者는 최소한의 政府監督下에 자율적으로 醫療保險을 운영하면서 가입자를 위해 醫療機關과 酬價協商을 벌이고 效率的인 醫療供給者를 선택할 수 있다는 점이 손꼽힌다. 더욱이 醫保加入者 역시 保險者를 선택할 수 있는 권리가 주어지게 되어 가입자, 다시 말하여 國民의 利益이 최대한

으로 보장되도록 制度改革이 추진되고 있다.

醫保財政運營과 관련하여 네덜란드 改革案은 우리나라의 聯合會格인 中央醫保金庫에서 所得比例保險料를 일괄징수한 다음 被保險者集團의 특성을 감안, 個別醫保金庫에 자금을 할당하도록 규정하고 있다. 이로써 필요에 따라 社會保險財政이 운영될 것이므로 再分配機能이 강화될 전망이다. 또한 醫療資源의 절약과 低費用서비스供給體系를 확립해 나가는 한편 病院豫算制 등 先拂制의 비중을 높여 醫療價格의 上昇을 억제함으로써 國民醫療費의 증가율을 둔화시킬 것으로 보인다.

네덜란드의 이와 같은 醫療保險制度改革推進經驗은 우리나라의 政策樹立者에게도 여러 가지 시사점을 제공하고 있다고 판단된다. 우선 國民들의 行態變化와 요구를 감안하여 장기적인 안목에서 4년에 걸친 단계적인 改革案을 마련하고 이를 토대로 國民的 合意를 도출하는 과정을 政策當局은 주의깊게 음미해 볼

7) 우리나라에는 法定醫保制度만이 존재하므로 獨占이라고 볼 수 있고 또한 醫療機關들은 지역적으로 獨占到 준하는 위치를 점하고 있는 경우가 많으며 의사들은 醫療利用者들에게 醫療利用關聯 주요 의사결정을 獨占으로 내리는 경향이 있기 때문이다.

필요가 있을 것이다. 결국 네덜란드의 制度改革方向은 이미 상당한 정도로 비대해진 의료 비규모가 國民들의 負擔을 무겁게 하고 있을 뿐만 아니라 國民經濟에도 불필요한 주름살을 지게 하고 있으므로 이를 경감 또는 제거시키기 위하여 과감하게 市場機構에 대한 의존도를 높여 나가면서 醫療市場의 效率를 증진시키는 데 두어지고 있는 것이다.

우리나라의 경우에도 醫療保險制度的 改革을 위하여 먼저 장기적 계획을 수립한 다음 制度改革推進委員會를 구성, 改革案을 成案케 하고 國民들의 의견을 수렴하여 最終 改革案으로 확정지을 수 있을 것이다. 醫療市場에서 선택의 자유가 없고 獨占⁷⁾이 지배할 때 效率적인 기능을 기대할 수 없음은 물론이다. 의료시장은 매우 不完全하나 그와 같은 制約이 있다 하더라도 市場機能이 주는 장점을 충분히 살려나가는 것이 중요하다. 왜냐하면 醫保制度內에서 誘因·反誘因이 제대로 장치되어 있을 경우 市場이 주는 신호는 效率적인 資源移轉을 보장해 줄 수 있기 때문이다. 그러므로 정부는 效率增進에 유인을 주는 장치를 부여함과 아울러 民間保險市場의 活力을 이용하여 獨占의 弊害를 줄여나가도록 제도개혁을 추진할 필요가 있을 것이다.

▷ 參考文獻 ◁

- 權純源, 「公共保健醫療部門의 充實과 制度改善을 위한 政策方案」, 『國家豫算과 政策目標(1990)』, 韓國開發研究院, 1990.
- , 「醫療酬價制度의 改善과 醫療保險財政의 安定」, 未發表論文.
- 權純源·梁奉玟, 『醫療保險制度의 改善을 위한 政策方案』, 韓國開發研究院, 1990.
- 石本忠義, 『世界の醫療保障制度—變革と展望』, 徑草書房, 1982.
- Jacques van der Gaag, Frans F.H. Rutten, and Wynand P.M.M. van de Ven, “Supplement 1: Comparative Health Systems, Netherlands”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 1990.
- Kirkman-Liff, Bradford L., “Cost Containment and Physician Payment Methods in the Netherlands”, *Inquiry*, 26, 1989.
- and Wynand P.M.M. van de Ven, “Improving Efficiency in the Dutch System: Current Innovations and Future Options”, *Health Policy*, 13, 1989.
- Elsings, E., “Political Decision-Making in Health Care: the Dutch Case”, *Health Policy*, 11, 1989.
- Netherlands Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, *Health Insurance in the Netherlands*, 1989.
- OECD, *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, 1990.
- Wynand P.M.M. van de Ven, “From Regulated Cartel to Regulated Competition in the Dutch Health Care System”, *European Economic Review*, 34, 1990.

〈附表 1〉 네덜란드의 醫療保險關聯 主要指標 推移

	1976	1980	1986	增減率(%)	
				1976~80	1980~86
1. 價格指數關聯					
一般醫 酬價指數(法定保險)	107	128	143	19.4	11.7
一般醫 酬價指數(民間保險)	109	128	144	18.1	12.4
專門醫 酬價指數	106	120	106	13.2	-11.7
消費者物價指數	109	135	162	23.7	20.4
2. 人口關聯					
總人口(百萬名)	13.8	14.2	14.6	2.8	2.9
民間保險加入者數(百萬名)	4.3	4.6	5.7	7.1	23.9
一般醫數(名)	4,296	5,556	6,243	12.8	12.4
專門醫數(名)	5,176	5,939	7,116	14.7	19.8
3. 民間保險關聯					
民間保險患者支拂					
一般醫總診療費(百萬길더)	291	370	562	27.1	51.9
民間保險加入者當					
平均一般醫診療費(길더)	68	81	99	18.7	22.5
民間保險加入者當					
平均診療件數指數	100	108	114	7.6	6.4
4. 診療實績關聯					
一般醫 年間所得(길더)	197,117	223,542	245,075	13.4	9.6
專門醫診療費(百萬길더)	1,264	1,687	1,879	33.5	11.4
人口當 專門醫診療費(길더)	91	119	129	29.8	8.3
人口當 專門醫診療件數指數	100	115	140	14.6	22.6
專門醫 年間所得(길더)	244,204	284,054	264,052	16.3	-7.0
專門醫 1人當診療件數指數	100	103	108	2.7	5.2

資料 : Bradford L. Kirkman-Liff, "Cost Containment and Physician Payment Methods in the Netherlands", *Inquiry*, 26, 1989, p.475.

〈附表 2〉 네덜란드 法定保險의 支出項目別 構成

(단위 : %)

	構成比率		增加率 (1953~85)
	1953	1985	
一般醫診療	17.4	6.7	8.6
醫藥品	14.5	13.1	11.5
專門醫診療	15.2	15.1	11.9
齒科診療	6.8	5.5	11.2
病院入院診療	27.5	44.4	13.4
其他醫療人力서비스	1.1	4.5	17.0
行政管理費	7.5	4.7	10.3
其他支出	10.0	6.0	10.1
計	100.0	100.0	11.9

資料 : Jacques van der Gaag et al., "Netherlands", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 1990.

〈附表 3〉 네덜란드의 GNP 및 保健醫療費 增加率 推移

(단위 : %)

	1958~63	1963~68	1968~73	1973~78	1978~83	1953~83
1人當GNP(經常)	6.5	10.2	12.2	9.9	3.9	8.2
(實質)	3.5	4.3	4.2	1.6	-0.005	2.6
1人當保健醫療費	9.0	15.1	19.0	13.1	6.6	12.2
1人當醫療消費量	1.3	2.1	4.6	1.3	1.2	2.2
醫療價格指數	7.5	12.6	13.7	11.5	5.2	9.6
	1977	1979	1980	1981	1982	1983
1人當GNP(經常)	8.2	5.7	5.3	3.6	4.1	1.1
(實質)	1.8	1.6	0.1	-1.8	-1.9	-0.4
1人當保健醫療費	10.1	7.8	8.2	6.6	7.1	3.4
1人當醫療消費量	1	1	1	1	1	2
醫療價格指數	8	7	6	5	6	2

資料 : Jacques van der Gaag et al., "Netherlands", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 1990.

〈附表 4〉 韓國과 네덜란드의 主要基本指標의 比較(1988)

	韓 國	네덜란드
1. 年央人口(百萬名)	42.0	14.8
2. 國土面積(千km ²)	99	37
3. 人口密度(km ² 當)	424	400
4. GDP(百萬弗)	171,310	228,280
· 1人當 GNP(美弗)	3,600	14,520
· 1人當 GNP 年平均增加率 ¹⁾ (%)	6.8	1.9
5. 中央政府歲入(%)		
· 社會保障寄與金率	3.8	40.4
· GNP 對比 中央政府歲入의 比率	18.3	51.0
6. 貿易規模(百萬弗)		
· 輸出	60,696	103,206
· 輸入	51,811	99,743

註：1) 1965~88년간

資料：World Bank, *World Development Report*, 1990.

〈附表 5〉 韓國 및 네덜란드의 主要保健指標 比較

	韓 國		네덜란드	
	(1988)	(1988)	(1987)	(1987)
醫療資源				
醫 師(人口 10萬名當)	(1988)	88	(1987)	236
齒科醫師(人口 10萬名當)	(1988)	18	(1987)	52
藥 師(人口 10萬名當)	(1988)	82	(1987)	14
看 護 士(人口 10萬名當)	(1988)	474	(1984)	588
病床當人口數(名)	(1988)	635	(1982)	82
其 他				
平均壽命(歲) 男	(1988)	66	(1988)	74
女	(1988)	73	(1988)	80
嬰兒死亡率(出生兒 千名當)	(1988)	24	(1988)	8
國民醫療費支出(GDP對比率)	(1988)	5.6(추정)	(1987)	8.5
65歲이상人口比率(%)	(1988)	4.5	(1985)	12.1

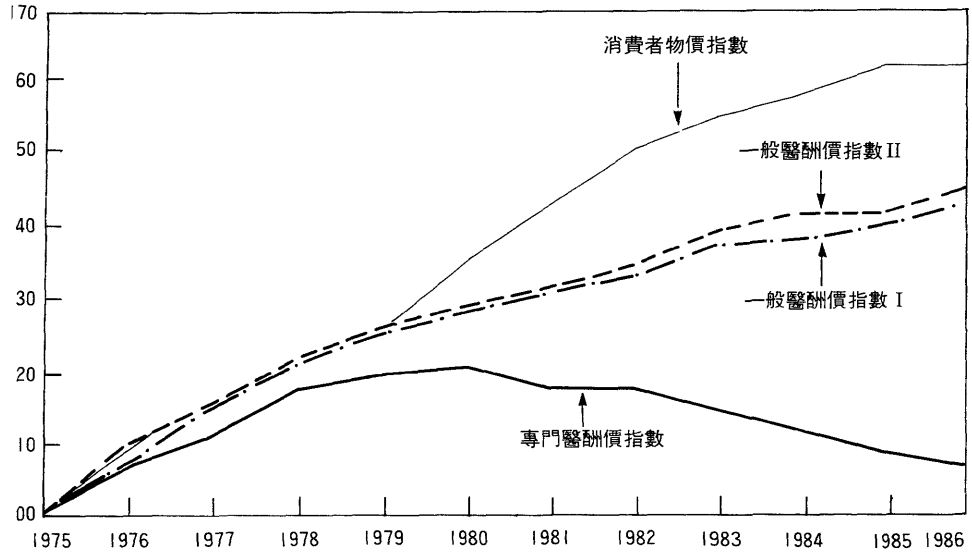
資料：經濟企劃院, 『韓國의 社會指標』, 1989.

韓國開發研究院, 『國家豫算과 政策目標』, 1990.

OECD, *Health Care Systems in Transition*, 1990.

World Bank, *World Development Report*, 1990.

[附圖 1] 네덜란드의 醫療價格指數 推移



註：一般醫酬價指數 I ; 法定保險者에게 적용.

一般醫酬價指數 II ; 民間保險者에게 적용.

資料：Bradford L. Kirkman-Liff, "Cost Containment and Physician Payment Methods in the Netherlands", *Inquiry*, 26, 1989, p. 475.